

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 75

La Torsion de l'appendice iléo-cæcal

Etude anatomique et clinique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hubert BRACHET

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux de St-Etienne

Diplômé de Bactériologique

Né le 25 Août 1907 à IZERNORE (Ain)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

LA TORSION DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL
ÉTUDE ANATOMIQUE ET CLINIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 75

La Torsion de l'appendice iléo-cæcal

Etude anatomique et clinique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hubert BRACHET

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux de St-Etienne

Diplômé de Bactériologique

Né le 25 Août 1907 à IZERNORE (Ain)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINTE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

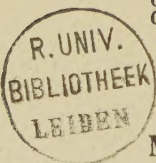
AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REFATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NOVÉ-JOSSERAND, *président*; MOURIQUAND, *assesseur*;
VILLARD *professeur*; SANTY, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA TANTE, A MON ONCLE
LE COLONEL JEAN PETAVY
Commandeur de la Légion d'Honneur

A TOUS MES AMIS

A MON JURY

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY
MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND
MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD
MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUMAS
MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD
MONSIEUR LE DOCTEUR GIGNOUX

LA TORSION DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

ÉTUDE ANATOMIQUE ET CLINIQUE

Introduction

L'appendice iléo-cæcal et son inflammation ont donné lieu à d'innombrables travaux et il semble que tout ait été dit depuis l'époque déjà reculée où la chirurgie expliqua que les syndromes douloureux aigus de la fosse iliaque droite relèvent de l'inflammation de l'appendice et non de l'inflammation cæcale, comme on le croyait autrefois.

Cependant, nous voudrions attirer l'attention sur certaines dispositions anormales, intrinsèques de l'appendice iléo-cæcal dues à son méso, susceptibles de provoquer une symptomatologie spéciale.

Avant nous, Tuffier et Jeanne, Jonnesco, au cours de nombreuses observations sur le cadavre, avaient vu ces formes anormales d'appendice. Du point de vue clinique, Thévenard avait signalé à la Société des Chirurgiens de Paris des cas de volvulus intermittent.

F. Brun, en 1896, avait rapporté des observations d'appendice en tire-bouchon, sans aucune inflammation.

Ce travail, rédigé sous la haute direction de M. le Docteur Vignard, chirurgien des Hôpitaux, a pour but de reprendre la question et d'y apporter quelques développements.

Nous remercions notre cher Maître de nous avoir procuré le sujet si intéressant de cette thèse, et d'avoir mis à notre disposition les nombreuses observations de sa clinique. Nous le prions d'agréer ici tous nos remerciements et l'expression de nos sentiments respectueux et reconnaissants.



I



II



III



IV

PLANCHE I

Types d'appen

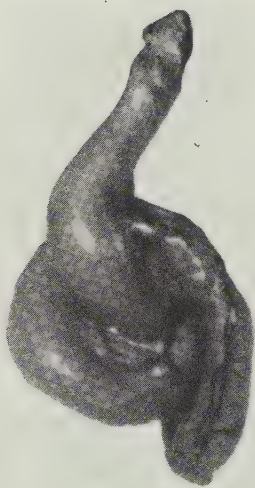


PLANCHE II

de torsion.

CHAPITRE PREMIER

Etude anatomique

Rien n'est plus variable que la situation, la direction et la forme de l'appendice, organe essentiellement mobile, en raison de son péristaltisme, et des variations de position ou de volume des organes adjacents.

Le péritoine qui l'entoure lui forme bien un méso, ligament à la fois suspenseur et nourricier, mais ce méso fixe seulement sa base au cæcum et à la portion terminale de l'iléon.

L'anatomie nous apprend en effet que l'appendice est rattaché au cæcum, à l'iléon et à son mésentère par deux replis péritonéaux (ligaments appendiculaires). L'un, contenant l'artère récurrente iléale de Jonnesco et Juvara, se fixe à l'iléon (repli iléo-appendiculaire) ; l'autre, contenant l'artère appendiculaire, se perd dans le mésentère iléal (mésio-appendice proprement dit, mésentérolium des auteurs allemands ; ces deux ligaments délimitant entre eux, d'une part,

l'iléon, le cæcum et l'appendice ; d'autre part, la fossette iléo-appendiculaire.

Dans le cas qui nous occupe, il faut considérer deux choses : la longueur de l'appendice, la disposition du méso.

Très court parfois (trois, quatre centimètres), l'appendice a une longueur habituelle de huit centimètres, mais il peut être très long : dix, quatorze centimètres ; on a rencontré des appendices de vingt centimètres (Hassler) et de dix-huit centimètres (Celos).

La disposition du méso est très variable, il peut, selon Lockwood et Rolleston, présenter six variétés :

1° Il peut être complètement absent, l'appendice étant libre, absence expliquée par le trajet anormal de l'artère appendiculaire qui le détermine.

2° Il peut être plus long que d'habitude et s'étendre jusqu'à l'extrémité de l'appendice.

3° Il peut s'étaler sur le péritoine de la fosse iliaque, et en partie adhérer à celui-ci.

4° Il peut être caché et fixé dans la fossette iléo-cæcale, ou dans la sous-cæcale.

5° Il peut présenter un trou dans lequel peut s'engager une anse intestinale et s'y étrangler.

6° Il peut avoir des insertions variables, venir de la fosse iliaque, du cæcum ou des deux, ou encore de la face postérieure du côlon, des fossettes iléo-cæcales ou sous-cæcales. Ses dimensions peuvent présenter des variations très nombreuses, il peut atteindre dix centimètres de hauteur sur huit de large ou être très petit.

A ces variations, il faut ajouter celle où la racine

du méso, représentée par l'artère appendiculaire, est courte, et le bord libre du méso très long, l'appendice l'étant lui-même. Les deux extrémités de l'appendice étant fort rapprochées par la brièveté de la racine, grâce à la fixité de son méso, il se recroqueville, s'enroule autour de celui-ci et peut prendre des aspects les plus variables. C'est ainsi qu'on a vu des appendices en « L »; en « M », en « N », en « U », en « O », en « V », en « J »; en arc de cercle dont la concavité peut être tournée en haut, en bas, en dedans, en dehors, en crochet, en crosse d'évêque, en tire-bouchon, en hélice, en « 8 » de chiffre. L'appendice peut même prendre une forme hélicoïdale autour de son méso, réalisant ainsi le *volvulus appendiculaire* : toutes formes anormales puisque la disposition ordinaire de l'appendice est rectiligne, un peu infléchie, décrivant une anse, à concavité tournée vers le bord mésentérique.

De plus, au cours de l'opération, si l'on tire sur l'extrémité de l'appendice, celui-ci tend à reprendre une forme rectiligne ; si l'on cesse cette traction, le méso-appendice étiré ramène le *vermium* à sa forme anormale ; il est habituel dans ces cas que la section du méso, en libérant le bord adhérent de l'organe, lui restitue sa forme et sa longueur véritable, qui souvent alors apparaît démesurée. Mais il est arrivé aussi, à plusieurs reprises, de constater sur l'appendice enlevé la persistance de tout ou partie de l'enroulement, ainsi qu'en témoignent les figures reproduites ci-contre.

Très souvent l'appendice et le méso-appendice ne présentaient aucune altération pathologique ; le méso

n'était pas épaissi ; il ne présentait pas d'aspect nacré, il n'y avait pas d'adhérence vraie, ni même de ces fines lames en toiles d'araignées qui cèdent facilement sous la traction, mais témoignent néanmoins d'une légère réaction péritonéale. Dans ces cas, la déformation appendiculaire semble bien due à une malformation congénitale du méso.

Mais ces dispositions de l'appendice peuvent, dans d'autres cas, s'expliquer de la façon suivante :

A la suite d'une inflammation antérieure, le méso a réagi. Un processus de sclérose a succédé rapidement au processus inflammatoire primitif. Cette sclérose peut expliquer à elle seule le raccourcissement du méso et entraîner par conséquent les mêmes dispositions anatomiques.

Cependant il est difficile de savoir si l'inflammation a réalisé la sclérose du méso d'un appendice normal ou bien si la malformation a servi de point d'appel à l'inflammation.

Ces appendices peuvent, en effet, présenter diverses lésions qui semblent être venues se greffer sur ces organes dont la torsion détermine une mauvaise irrigation de leurs tuniques et une stagnation des matières intestinales qui en occupent la lumière centrale, fort étroite, disposée en cul-de-sac : circonstances très favorables pour l'infection.

On note souvent, en effet, la congestion de la muqueuse, parfois avec exsudation purulente, des amas de follicules enflammés, parfois distribués en petits îlots rouges et violacés, parfois en plaques plus étendues donnant à la muqueuse un aspect de velours

rouge. Ces petits points rouges, presque microscopiques, tranchent nettement, par leur coloration, sur la zone muqueuse environnante, d'une teinte jaunâtre.

Il est possible que cette ponctuation ecchymotique soit due à de microscopiques hémorragies traumatiques plutôt qu'à des lésions inflammatoires proprement dites, mais il est certain que les lésions folliculaires sont d'origine inflammatoire.

Bien souvent, pour s'en rendre compte, l'appendice étant ouvert dans toute sa longueur, il est nécessaire de l'examiner sous un filet d'eau, on s'aperçoit alors avec la plus grande netteté du contraste de cette rougeur inflammatoire avec les parties saines.

Quelquefois la muqueuse, plus atteinte, présente des ulcérations ; celles-ci, plus ou moins profondes, peuvent être déterminées par l'action irritative d'un calcul bien que cette condition ne soit pas nécessaire.

Les calculs trouvés dans ces appendices, de grosseur très variable, sont constitués le plus souvent par des matières stercorales plus ou moins dures. Dans un très grand nombre de cas, ces matières, encore molles ou même demi-liquides, ne méritent pas le nom de calcul, mais elles en constituent le premier stade. Ces calculs, souvent inoffensifs, mais pouvant devenir la cause première d'accidents graves, sont toujours associés aux lésions dont nous avons parlé.

Enfin si l'on peut observer parfois une hypertrophie des tuniques appendiculaires, on peut noter dans d'autres cas une transformation scléreuse, ce qui explique qu'après l'exérèse, l'appendice, séparé de son méso, garde la forme qu'il avait dans le ventre ; cette sclé-

rose plus ou moins étendue, siégeant souvent à la pointe, peut n'occuper qu'un point de l'appendice, d'où, obstruction de la lumière centrale, dont la partie sous-jacente constitue dès lors une cavité close, particularité très favorable à l'infection (Dieulafoy-Talamont).

En somme, il s'agit parfois d'inflammation chronique sur laquelle peut se greffer, un jour ou l'autre, une inflammation aiguë dont on connaît la gravité.

Telles sont ces malformations appendiculaires et les différentes transformations pathologiques auxquelles elles peuvent donner lieu par le mécanisme de la rétention et des troubles circulatoires.

Nous allons étudier maintenant sous quelles modalités elles se présentent en clinique.

CHAPITRE II

Etude clinique

Ces appendices longs, à méso court, sont susceptibles de se tordre sous l'influence d'une cause quelconque : péristaltisme propre de l'appendice, déplacement du cæcum ou des anses grêles, changement de volume de ces organes. Si cette torsion peut n'être parfois que passagère : il s'agit alors d'un volvulus temporaire de l'appendice ; dans d'autres cas elle peut devenir définitive, permanente, et c'est alors que l'on verra apparaître des signes rappelant ceux de l'appendicite chronique.

Il y a donc lieu d'étudier : 1° la crise de torsion ; 2° la torsion permanente de l'appendice.

I. — La crise de torsion

C'est elle surtout que nous voulons étudier.

On l'observe beaucoup plus souvent chez l'enfant et chez l'adolescent que chez l'adulte.

Ses symptômes cliniques sont les suivants :

Brusquement, au milieu de la journée le plus souvent, parfois sans cause, ou à l'occasion d'un effort, d'un jeu violent, survient une douleur vive, poignante, localisée à la région ombilicale ou à la fosse iliaque droite, obligeant l'enfant à se courber en deux et même à s'aliter.

Parfois survient un vomissement, mais il est immédiatement consécutif à la douleur, et il est très rare qu'il se reproduise.

Si l'on est appelé à examiner l'enfant à ce moment, on constate par une palpation douce et souple que l'exploration de la fosse iliaque droite détermine une douleur vive aux points appendiculaires :

Point de Mac Burney, situé au milieu de la ligne ilio-ombilicale ; point de Lanz, siégeant à l'union du tiers externe et des deux autres tiers de la ligne bi-épineuse. Mais la défense musculaire est souvent prononcée et empêche l'exploration. Il n'y a pas de température. Le pouls est à peu près normal.

Les symptômes alarmants de ce début s'amendent rapidement, en une heure, parfois moins ; ils disparaissent aussi brusquement qu'ils étaient apparus, résolution favorisée le plus souvent par la médication employée, glace sur le ventre, et anti-spasmodique.

Cette crise de torsion a donc pour caractère d'apparaître et de disparaître rapidement sans température et sans modification importante du pouls. Parfois cependant cette douleur est moins vive, plus prolongée, mais il est rare qu'elle dure plusieurs heures ; les petits malades ont des douleurs moins fortes, les parents

racontent que l'enfant se plaint souvent du ventre sans qu'il y ait de véritables crises, mais après un court repos tout rentre dans l'ordre, il n'y paraît plus et l'enfant reprend immédiatement sa vie normale. On pense à de l'entéro-colite, au foie ; ce sont en somme des « détraqués du ventre », ce qui doit attirer l'attention du côté de l'appendice chez l'enfant, alors que chez l'adulte il y a des raisons plus nombreuses et plus plausibles de suspecter d'autres organes, surtout chez la femme.

Ces crises peuvent se répéter à intervalles assez courts, elles finissent par retentir sur l'état général de l'enfant qui, redoutant une crise, se retient instinctivement de manger et de jouer, maigrit et s'attriste. Entre les crises, l'examen du ventre est négatif, on n'éveille aucune réaction douloureuse ; dans quelques cas, on trouve seulement un peu de sensibilité à la palpation profonde.

Cette torsion appendiculaire, avons-nous dit plus haut, peut devenir définitive, elle donne lieu alors à une symptomatologie bien spéciale que nous allons étudier.

II. — La torsion permanente de l'appendice

L'histoire clinique de ces malades offre un tableau dont les détails peuvent varier, mais dont les traits principaux, relativement fixes, rappellent parfois de loin ceux de l'appendice chronique, bien décrite par Comby chez l'enfant.

Il s'agit d'enfants qui souffrent du bas-ventre ou de la région ombilicale au moment des repas ou au cours de la digestion. Ces douleurs, parfois lancinantes, sont dans d'autres cas à type de coliques obligeant l'enfant à s'étendre.

Il s'agit d'enfants anorexiques, au teint pâle, blafard, qui maigrissent et présentent un mauvais état général, qui ont un état saburral de la langue avec fétidité de l'haleine, qui vomissent facilement, parfois d'une façon périodique, chez qui on trouve des signes de dyspepsie flatulente, des symptômes de dilatation gastrique.

Avec cet état dyspeptique coïncident presque toujours de la constipation ou des alternatives de diarrhée et de constipation.

A l'examen du ventre, la palpation profonde de la fosse iliaque droite révèle une douleur plus ou moins sourde au point appendiculaire ou dans la région ombilicale que l'enfant désigne de sa main. Il faut toujours pratiquer un toucher rectal qui dans le cas d'un appendice pelvien révèle un point douloureux droit. Dans quelques cas, l'hématologie montrera de la monolucéose. Enfin, il faut faire plusieurs examens radioscopiques du tube digestif, après ingestion de bouillie barytée.

Bien rarement, on verra la disposition anormale de l'appendice. On comprend en effet que la bouillie barytée pénètre difficilement dans ces appendices spiralés ou présentant des sinuosités nombreuses à coudes aigus. Lorsqu'on ne le voit pas, même après disparition de l'ombre cæcale derrière laquelle il pouvait se

dissimuler, on est en droit de soupçonner que l'appendice est malade, qu'il occupe une position ou une disposition intrinsèque anormales, toutes deux susceptibles d'occasionner des troubles pathologiques.

Ces examens auront néanmoins l'avantage important de montrer la fixité de la douleur au point d'implantation de l'appendice, fixité qui ne changera pas à des examens répétés et qui accompagnera la mobilisation cæcale (**abaissement**).

On notera souvent un spasme iléo-cæcal avec retard de l'évacuation de la bouillie à ce niveau, et accessoirement des signes gastriques (spasme pylorique) qui, pour quelques auteurs, auraient une certaine valeur.

Chez tous ces enfants, il faut songer à l'appendice et en particulier à la torsion appendiculaire, après avoir éliminé les autres douleurs ombilicales et les différentes douleurs de la fosse iliaque droite témoignant d'une atteinte de nature différente ou d'un autre organe.

CHAPITRE III

Diagnostic

I. — Diagnostic de la crise de torsion appendiculaire

Après avoir éliminé les affections médicales telles que : point abdominal de pneumonie droite, indigestion, colique hépatique, colique néphrétique, entérocolite, poussée de granulie péritonéale, grâce à leurs signes propres et aux antécédents, etc... On évitera de confondre la crise de torsion appendiculaire avec un ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE : Les enfants se plaignant de la région ombilicale on vérifiera qu'il n'existe pas dans cette région de petite tuméfaction, tendue, douloureuse, irréductible. Il faut savoir aussi que même en dehors de tout étranglement, les hernies ombilicales et sus-ombilicales sont capables de donner lieu à des douleurs parfois très vives accompagnées même de vomissements. L'examen de la région ombilicale et épigastrique devra donc toujours être pratiqué.

Avec une APPENDICITE AIGUE, mais en plus de la douleur on note des vomissements plus fréquents, des modifications du pouls qui se précipite plus vite que ne le comporte une température qui peut cependant atteindre 38°5, 39°. De plus, il y a arrêt complet du transit intestinal. La crise se prolonge, entrecoupée de rémissions et d'exacerbations. Dans le cas de volvulus appendiculaire, nous le répétons à dessein, il n'y a pas ou peu de vomissements, pas de modifications de pouls et de la température, enfin cette crise ne dure pas et se termine rapidement.

L'INVAGINATION INTESTINALE réalise bien un syndrome analogue, mais on a la sensation d'une masse allongée dans la fosse iliaque et l'apparition d'une selle glaireuse sanglante. Toutefois, il faut également se méfier d'invaginations incomplètes et fugaces.

Enfin, le VOLVULUS DU CÔLON DROIT, LE VOLVULUS DU CÆCUM, bien décrits par Menteuffel, Haussmann et Faltin, pourraient induire en erreur si l'on ne notait pas dans ces derniers cas la persistance des crises, un ballonnement et une ascite apparaissant rapidement.

Néanmoins, dans les cas douteux, si l'on n'est pas averti de ces crises de torsion ou si précédemment le malade n'en a pas présentées, on fera le diagnostic d'appendicite aiguë.

On verra alors la cause des accidents à l'intervention : appendice enroulé autour de son méso, l'un et l'autre macroscopiquement sains.

L'absence de lésions inflammatoires, en même temps que la guérison totale et définitive des symptômes

précédemment observés, sont une preuve indéniable en faveur de la réalité des troubles mécaniques de torsion appendiculaire que nous venons d'étudier.

Nous avons relevé parmi nos observations le cas d'une petite fille de sept ans qui était prise presque chaque jour, et parfois à chaque repas, de coliques généralisées, sans vomissements ni diarrhée, qui l'obligeaient à quitter la table et à se coucher. Jamais d'ictère, ni de fièvre, pas de constipation, jamais de selles sanglantes. La crise cessait brusquement. Le renouvellement de ces crises lui avait peu à peu fait perdre l'appétit, et la petite malade, qui ne prenait pas de poids, s'affaiblissait et manquait complètement de vivacité et d'entrain.

A l'examen, on éveillait simplement à la pression au point de Mac Burney une douleur très vive, mais l'exploration du ventre ne révélait rien d'anormal, le toucher rectal était négatif.

Après de longues hésitations, l'enfant fut opérée : l'appendice, long de douze centimètres, présentait dans son méso une disposition telle que lorsqu'on cessait de tirer sur son extrémité libre, son tiers terminal se recourbait et donnait à l'ensemble la forme d'un cor de chasse. Cet appendice communiquait à plein canal avec le cæcum. A la coupe, il se montrait plein de matières liquides mais sans aucun calcul. L'enfant fut définitivement guérie.

Dans un autre cas, un jeune garçon de 11 ans commença à souffrir pendant l'hiver de 1922 de petites crises, constituées par de la douleur dans la fosse iliaque droite et accompagnées de vomissements ; ces

crises étaient soulagées par le port d'une ceinture de flanelle ; elles se renouvelèrent cinq à six fois, et pendant une demi-heure environ ; entre-temps, le petit malade présentait des alternatives de diarrhée et de constipation ; à l'examen du ventre, on ne constatait rien d'anormal, sinon de la sensibilité au point de Mac Burney. A l'opération, l'appendice ne contenait aucun calcul, était deux fois coudé sur lui-même. Son ablation amena la cessation de tous les malaises, qui n'ont plus jamais reparu.

II. — Diagnostic de la torsion permanente

Dans le cas de torsion permanente chez ces petits malades, en dehors de troubles digestifs variés qui n'ont rien de particulier, c'est la douleur provoquée dans la région appendiculaire qui mettra sur la voie du diagnostic, sans qu'on puisse établir nettement de parité entre l'intensité des réactions douloureuses et l'importance des lésions. On fera le diagnostic d'appendicite chronique, après avoir éliminé les diverses affections du carrefour iléo-cæcal susceptibles d'induire en erreur : helminthiase (examen des selles), constipation, crise d'entérite, bacillose péritonéale.

Chez l'adulte : En face de douleurs de la fosse iliaque droite et de troubles fonctionnels variables, on éliminera l'entéro-colite muco-membraneuse (examen des selles, signes d'insuffisance hépatique) : la stase cæco-colique pure, ou dépendant d'une membrane de la Jackson ; la stase iléale par coudure de Lane ; l'in-

vagination chronique ou contracture spasmodique de la terminaison de l'iléon ; la tuberculose péritonéale de la fosse iliaque droite ; le cancer du cæcum : toutes affections qui seront diagnostiquées par leur symptomatologie propre, par l'examen local et général, l'examen des selles, et surtout par l'examen radiologique, après ingestion de bouillie barytée, ce dernier contribuant, dans bien des cas, à localiser le siège de la maladie.



CHAPITRE IV

Evolution et complications

On se trouve donc en face d'un malade présentant des crises de torsion ou chez qui on note la présence de troubles fonctionnels variés, avec douleur au point appendiculaire, sachant ou non qu'il a présenté des signes de volvulus intermittent de l'appendice auparavant. Quelle va être la ligne de conduite pour le médecin ? Celui-ci doit avoir présentes à l'esprit les complications qui menacent son malade : la répétition des crises de torsion, l'atteinte progressive de l'état général de ces malades qui présentent des troubles digestifs importants et des crises douloureuses fréquentes ; et surtout la possibilité d'une inflammation aiguë venant se greffer sur cet appendice qui se tord à chaque instant ou présente une torsion permanente, inflammation aiguë survenant de façon inopinée et mettant en danger la vie des malades.

A ce point de vue, l'observation rapportée par H. Küttner, chirurgien de Breslau, qui a trait à un de ses propres fils, est bien significative.

A l'âge de quatre à cinq ans, cet enfant se plaignait fréquemment de vives douleurs survenant d'une manière soudaine et localisées surtout dans la région ombilicale : il cessait alors de jouer, se soutenait le ventre et se courbait ; au bout de quelques minutes, mais parfois seulement au bout de plusieurs heures, la colique prenait fin et le petit garçon se sentait de nouveau dispos.

Jamais il n'eut de vomissements et ces accès douloureux mis à part, l'enfant paraissait tout à fait bien portant.

Un pédiâtre renommé, consulté à cette époque (1914), déclara qu'il s'agissait simplement de l'hyperesthésie d'un enfant névropathique. De fait, les coliques ombilicales disparurent progressivement, de sorte que M. Küttner, qui craignait toujours une appendicite, en vint à se tranquilliser.

Bientôt cependant, se déclarèrent des crises abdominales d'autre sorte : à peu près aux mêmes intervalles se produisirent maintenant des vomissements. Il ne pouvait plus être question d'un état névropathique, l'enfant s'étant, sur ces entrefaites, considérablement fortifié.

De nouveau, le soupçon d'appendicite vint hanter l'esprit du chirurgien ; toutefois, comme lors de chaque crise, l'enfant était examiné soit par son père lui-même, soit par son assistant, sans que l'on ne trouvât rien de positif, et que les accès étaient toujours très passagers, il finit par abandonner cette hypothèse.

Or, un jour, un accès exactement identique, et en apparence tout à fait inoffensif de « vomissements

périodiques », fut suivi immédiatement d'une appendicite grave, gangreneuse, et le petit malade ne fut sauvé que grâce à une intervention opératoire.

L'appendice était extrêmement long, sans la moindre adhérence, et ne présentait aucune lésion, sauf la gangrène, intéressant sa partie moyenne. Que s'était-il donc passé en l'espèce ? Alors que dans les crises antérieures le trouble de nutrition du vermium, provoqué vraisemblablement par torsion et accompagné de coliques ombilicales avec vomissements périodiques, rétrocedait toujours, il avait cette fois abouti à un processus gangreneux grave.

CHAPITRE V

Traitement

Il faut donc prévoir le pire, et confier ces petits malades au chirurgien, une fois le diagnostic fermement établi. On les préservera ainsi d'autres crises de torsion, des troubles d'inflammation chronique et des accidents graves d'une appendicite aiguë.

L'appendicectomie sera pratiquée ; elle présente seulement quelques petites difficultés, en raison de la torsion de l'appendice, de la nécessité de placer plusieurs pinces sur son méso, et de faire parfois des ligatures étagées pour suivre les sinuosités de son insertion au vermium.

Observations Cliniques, et comptes-rendus opératoires

I. — André Man..., 30 mois.

Crises abdominales fréquentes, interrompant brusquement les jeux de l'enfant, perte de l'appétit, alternative de diarrhée et constipation.

Opération : Ablation d'un appendice ne présentant pas de trace d'inflammation interne ou externe, mais enroulé trois fois sur lui-même, en tire-bouchon. Après section du méso, l'enroulement ne s'est pas maintenu. Guérison complète.

II. — Edith Gail..., 3 ans.

Crises d'entérite avec diarrhée, vomissements, douleurs, survenant brusquement. On pense à une malformation appendiculaire. A la dernière crise, en raison d'une contracture de la paroi pendant plusieurs heures, on opère : appendice très long, en tire-bouchon, sans pus, ni calcul, ni adhérence, ni liquide.

III. — M. Boz..., 38 ans.

Souffre du ventre depuis longtemps, les douleurs ont augmenté depuis un traumatisme abdominal, deux crises douloureuses en novembre et janvier, sans fièvre, mais avec vomissements.

Appendicectomie : Appendice long, à méso court, qui le maintient complètement enroulé sur lui-même, pas d'adhérence, appendice rempli de matières sans calcul, et communiquant à plein canal avec le cæcum.

IV. — Louis Gail..., 4 ans.

Douleurs abdominales répétées, sans vomissements, sauf une fois, le matin de l'opération, pas de température, absence d'appétit, pas de constipation. A l'intervention, appendice de huit centimètres de long, deux fois coudé et replié en cor de chasse, un peu de liquide dans le ventre.

V. — Juliette Ob..., 14 ans.

A 2 ans, gastro-entérite, bronchites fréquentes.

A plusieurs reprises, petites crises abdominales douloureuses, sans fièvre, ni vomissements. A l'examen, point douloureux appendiculaire, net, mais peu sensible.

Intervention : Appendice coudé en boucle de pantalon, par la brièveté du méso, calcul à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, pas de liquide, aucune adhérence.

VI. — M.-L. Sar..., 10 ans.

Souffre du ventre par crises, sans température, ni vomissements ; ces derniers temps, les crises s'étaient transformées en douleurs continues. A l'opération, appendice très long, en double V.

VII. — Mlle M. Jans..., 15 ans.

Jamais de crise, mais douleurs spontanées à droite, à la pression de la fosse iliaque, au point appendiculaire.

A l'opération, appendice long, coudé en son milieu par le méso, l'appendice a une forme d'O majuscule. Ablation sans incident.

VIII. — Suzanne Gaut..., 7 ans.

Quelques crises douloureuses, sans fièvre, teint cholémique. Point douloureux net.

A l'opération, appendice de huit centimètres, en « U », sans pus, ni calcul, seulement épaissi au bout.

IX. — Jeanne Bl..., 14 ans.

Troubles digestifs (vomissements), petites crises douloureuses intermittentes, sans fièvre.

A l'opération, appendice contourné, affectant la forme d'un V très ouvert, présentant un calcul au bout.

X. — Jeanne Tril..., 8 ans.

Crise douloureuse subite, avec parfois des vomissements, mais sans température.

Pas de plastron, douleurs au point appendiculaire.

Extirpation d'un appendice en « M » maintenu par une adhérence au milieu. La traction fait disparaître cette disposition anormale, mais si on la suspend, l'appendice reprend sa forme première.

XI. — Mlle Pir..., 17 ans.

Jamais de crise aiguë, mais souvent des crises diarrhéiques. Douleurs péri-ombilicales, attribuées au foie. Saison à Vichy. Depuis deux mois, diarrhées fréquentes et en plus sensation de tiraillements dans la cuisse droite, la malade ne peut marcher que légèrement penchée en avant, rien à la colonne ni à l'articulation de la hanche.

A l'opération, pas de liquide. Appendice long de dix centimètres, vide, extrêmement recroquevillé sur lui-même, en forme de « N » ; rien dans le petit bassin.

L'exploration au doigt de l'hypocondre droit jusqu'au bord inférieur du foie ne montre rien d'anormal, sauf de la ptose du côlon transverse.

XII. — Roger Lab..., 6 ans.

Depuis un mois l'enfant maigrissait, mangeait peu, buvait beaucoup, et vomissait parfois sans douleurs ; il se plaint du ventre (région appendiculaire) jeudi, mais cette douleur cesse ; le lundi, température à 37°6, pouls à 80, pas de douleurs spontanées mais douleurs à la pression.

A l'opération : un peu de liquide, cæcum rouge. Appendice très long, hélicoïdal, sans pus ni calcul. Trois petits ganglions dans le méso, fermeture sans drainage. Guérison.

XIII. — Aimé Saul..., 3 ans.

Crise d'entérite ayant duré huit jours, au cours de l'été dernier.

En pleine santé, l'enfant a été pris d'une douleur vive sans température et sans vomissements, douleurs toute la nuit, mais localisées ; le matin, bon état, pas de fièvre, ventre douloureux à la pression et plus résistant à droite qu'à gauche.

A l'opération : un peu de liquide, louche, sans odeur.

Appendice cæcal, longueur de 13 centimètres, pelotonné en « M », dont la dernière branche se recroqueville encore en « J ».

Ni pus ni calcul. Après résection, l'appendice a encore sur la compresse une forme spiralée à quatre coudes, pas de drainage.

XIV. — Antoine Dois..., 13 ans.

Deux crises antérieures, mais sans fièvre, douleur aiguë à la pression.

A l'opération : appendice en spirale qui se maintient même après section du méso.

XV. — Mlle F..., 15 ans.

Pas de crise aiguë, vomissements sans cause, suivis de douleurs abdominales, pas de troubles gastriques ni intestinaux, dysenterie cochinchinoise à l'âge de 5 ans, n'ayant laissé aucune trace.

A l'opération : appendice très long, enroulé sur lui-même, affectant la forme des spires d'une coquille d'escargot, sans adhérence pathologique, avec un calcul à la pointe.

XVI. — Mlle de B..., 22 ans.

Jamais de crise vraie. Douleur à la pression très vive.

A l'opération : appendice sclérosé, recourbé à sa pointe en crosse d'évêque, un peu de liquide dans le péritoine, pas de corps étrangers.

XVII. — Maurice Der..., 9 ans.

Une crise coïncidant avec angine, et plusieurs crises douloureuses et transitoires auparavant, troubles digestifs dans l'intervalle.

A l'opération, appendice rouge extrêmement long, avec un léger gravier ; il s'enroule plusieurs fois sur lui-même et garde cette forme, même après section du méso. Pas de liquide, fermeture sans drainage.

XVIII. — Pierre Cor..., 6 ans.

Crises douloureuses sans température, légère douleur à la pression de la fosse iliaque droite, au point appendiculaire.

A l'opération, un peu de liquide, appendice très long, multi-contourné, sans adhérence, ni pus, ni calcul.

XIX. — Jean Cl..., 10 ans.

Petite crise antérieure, douleur nette.

A l'intervention, appendice long, adhérent, contourné en tire-bouchon, même lorsqu'on a coupé le méso. Suites normales.

XX. — Claude Dup..., 4 ans.

Petites crises douloureuses, sans fièvre, quelquefois accompagnées d'un vomissement.

Appendice en « U » sans calcul et sans adhérence, ne présentant aucune inflammation.

XXI. — Raymond L..., 15 ans.

Crises douloureuses, troubles digestifs et diarrhée fréquente.

A l'opération : appendice long, en forme de « J » rétracté en son milieu par le méso, sans pus ni calcul.

XXII. — Mlle Mar..., 15 ans.

Pas de crise antérieure. Depuis dix jours, point douloureux avec irradiation dans la cuisse, avec vomissements tous les matins.

Depuis trois jours, point plus violent mais sans température.

On opère quand même : appendice très long, recourbé en « U » sous-cæcal, sans adhérence, contenant un petit calcul.

XXIII. — Christian Du. M..., 14 ans.

Syndrome uniquement douloureux de la fosse iliaque droite, sans vomissement, survenant à intervalles variables et de courte durée.

A l'opération : appendice en « J », présentant deux petits rétrécissements, pas de calcul.

XXIV. — Suzanne Ar..., 10 ans.

Plusieurs petites crises, la dernière survenue vendredi 27 février, mais provoquée sans doute par une grippe concomitante, entre le 1^{er} mars à la clinique, ventre assez douloureux à droite.

A l'opération : appendice en « U » rétréci près de sa base, par une bride du méso, un peu rouge au bout, plein de liquide intestinal, pas de calcul.

XXV. — Louis V..., 11 ans.

Plusieurs petites crises, la dernière remontant à trois jours pendant lesquels l'enfant vomit chaque jour. Température à l'entrée 37°8, pouls à 80. Défense et douleur nette.

A l'opération : l'appendice se présente en « U », pointe première sortant de la plaie ; il est long, tendu, étranglé à sa base. Il est rempli de matières, et offre près de sa pointe un petit follicule jaune qui ressemble à un point blanc amygdalien.

XXVI. — Yvonne F..., 10 ans.

Douleurs fréquentes, température à 37°8 tous les jours, crise avec vomissements dans la nuit, douleur à la pression au point de Mac Burney, pouls à 80.

A l'opération : un peu de liquide, appendice deux fois replié sur lui-même comme s'il était noué, rouge et tendu à la pointe, fermeture sans drainage.

XXVII. — Mlle B..., 18 ans.

Jamais de crise vraie, mais de perpétuelles douleurs de ventre, et un point de Mac Burney net, plutôt diarrhée que constipation.

A l'opération : appendice de dix centimètres, présentant la forme d'un « J » avec au milieu un petit rétrécissement au-dessous duquel se trouve un gros conglomérat allongé en noyau de datte, mais non encore calcifié.

XXVIII. — Roger Bouc..., 15 ans.

Troubles digestifs, crises douloureuses, courtes, alternative de diarrhée et de constipation. Point appendiculaire.

A l'opération : appendice long, hélicoïdal, avec un petit calcul à sa partie inférieure.

XXIX. — Paul Desf..., 7 ans.

Enfant n'ayant jamais eu de crise vraie, mais souffrant du ventre, autour de l'ombilic, ayant un peu de température, le matin 37°7, et soigné quant au foie par le professeur Mouriquand, qui a conseillé l'opération.

Appendice de 12 centimètres, qui est tiré du ventre au milieu d'un flot de liquide citrin. L'appendice est contourné, hélicoïdal, contenant des matières épaissies mais non concrétées en calculs, gros ganglions dans le méso, pas de trace de tuberculose.

XXX. — Josette Caud..., 7 ans.

Jamais de crise, mais maux de ventre fréquents. A l'incision, un peu de liquide. Appendice multicontourné, sans adhérence, ni calcul.

XXXI. — Marguerite Long..., 7 ans.

Douleur d'abord intermittente, puis constante dans le ventre, sans crise aiguë. Point douloureux à la pression.

A l'opération : appendice gorgé de matières, étranglé à sa racine, avec un double tour de spire qui se maintient même après section du méso.

XXXII. — Claudette G..., 12 ans.

Jamais de crise aiguë, douleurs continuelles, avec prédilection au point de Mac Burney.

A l'opération : appendice d'une longueur de 15 centimètres, enroulé sur lui-même, fermeture sans drainage.

XXXIII. — J. Da..., 20 ans.

Plusieurs crises abdominales douloureuses, survenant rapidement, disparaissant de même ; puis douleurs continues. Point douloureux à la pression.

A l'opération : appendice en « U » sans aucune lésion, ni calcul, ni liquide.

Conclusions

I. — Indépendamment des positions vicieuses que l'appendice peut occuper par rapport au cæcum, et qui donnent souvent lieu à des accidents inflammatoires, on observe, avec une fréquence difficile à chiffrer, des dispositions intrinsèques de l'organe susceptibles de provoquer également des troubles pathologiques.

II. — Ces dispositions, fort variables, semblent dues à un raccourcissement de la racine du méso-appendice, lequel entraîne une torsion de l'organe sur lui-même. Il affecte des formes variables, en « O », en « U », en « M », en « V » renversé ; il peut être contourné plusieurs fois sur lui-même et affecter même la forme des spires d'un pas de vis.

III. — Du fait des modifications de calibre de l'organe, de la rétention, des troubles circulatoires, on voit souvent se greffer sur ces malformations anatomiques des lésions qui rappellent celles de l'appendicite chronique et peuvent engendrer aussi des accidents aigus.

IV. — A l'état pur et isolé, ces malformations, sans doute par le mécanisme du volvulus, se traduisent cli-

niquement par des symptômes de coliques douloureuses, survenant par crises, sans fièvre, sans précipitation notable du pouls et sans vomissements.

V. — A la longue, on peut voir cependant se superposer à ces troubles mécaniques des symptômes d'appendicite vraie, aiguë ou chronique.

V. — L'ablation de l'appendice est le seul moyen de mettre un terme à ces phénomènes douloureux et de prévenir les accidents d'appendicite vraie.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NOVÉ-JOSSERAND.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 13 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

GRIGNARD.

Bibliographie

AUBOURG (P.). — Radiographie de l'appendice iléo-cæcal sur le vivant. *Presse Médicale*, 28 mai 1910.

BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite.

BRUN (F.). — *Presse Médicale*, 6 août 1896.

CLADO. — Appendice cæcal, anatomie, embryologie. *Compte rendu de la Société de Biologie*, Paris, 1892, tome IV.

DIEULAFOY. — *Concours Médical*, 20 octobre 1929.

CHEINISSE. — Douleurs abdominales et coliques ombilicales récidivantes chez les enfants. *Semaine Médicale*, 25 février 1914.

COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*.

BARDELEBEN. — Ueber die Lage des blinddarms beim Menschen-Wirchows. *Archiv für Path. Anatomie*, 1848, B. D. II.

DE MARTEL et ANTOINE. — Les fausses appendicites.

J.-L. FAURE. — *Presse Médicale*, juin 1917.

JONNESCO et JUVARA. — Anatomie des ligaments de l'appendice vermiculaire et de la fossette iléo-appendiculaire. *Progrès Médical*, 1894.

- KELLY AND HURDON. — The Vermiform Appendix and its diseases. *Sannders and C^o*, Philadelphie, 1905.
- LIERTZ. — Sur la situation de l'appendice vermiforme. *Arch für Klinische Chir.*, 1904, fas. I.
- LUSCHKA. — Ueber die péritionale, Umbrillung des Blinddarmes Virchows. *Archiv.*, 1861, Bd. XXI.
- LOCKUWOOD et ROLLESTON. — *Journal of annat and phys.*
- LAFFORGUE. — Recherches anatomiques sur l'appendice vermiculaire du cæcum. *Archiv. International. Anatomie et Physiologie.*
- MÉNARD. — Des variétés anatomiques de l'appendice cæcal et de leur inflammation sur la pathologie de l'appendice.
- MAX COHN. — *Deutsche Medizine*, Wochenschrift (mars 1913).
- HOLZNEHT. — *Meinche med Woch.*, 1913, N° 48.
- PERIGUE. — *Thèse Paris*, 1892.
- PRENANT. — *Eléments d'embryologie.*
- TREVES. — Hunterian Lecture on the Anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man. London, *British med Journal.*
- RIBBERT. — Beiträge zür normalen und, pathologischen anatomie des Wurmfortssatzes. *Virchows. Arch.* 1893.
- VALLÉE. — Situation de l'appendice chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1900.
- VIGNARD. — Appendicite anatomique. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1924.

WEINBERG et WILLIAMS. — *Société de Biologie*, janvier 1905.

TUFFIER et JEANNE. — Etude anatomique sur l'appendice et la région iléo-cæcale. *Revue de Gynécologie*, 1899.

ZUCKERKANDL. — Ueber die obliteration des Würmfortsatzes beim Menschen. *Anat. Hefte*, 1894.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
CHAPITRE PREMIER : Etude anatomique.....	9
— II. — Etude clinique.....	15
— III. — Diagnostic	21
— IV. — Evolution et complications....	27
— V. — Traitement	31
Observations cliniques et comptes rendus opératoires	33
Conclusions	43
Bibliographie	45
